



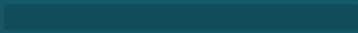
COLABORA.Lat

Hacia un nuevo modelo de
gobernanza post Covid-19

POLICY PAPER #1

LA FALTA DE GOBERNANZA DE LAS POLÍTICAS DE RESPUESTA AL COVID-19 EN CHILE

Liza Zúñiga C.





COLABORA.Lat

Hacia un nuevo modelo de
gobernanza post Covid-19



Equipo de trabajo

Edición

Antonella Perini, Ignacio Lara y Jennifer Cyr

Comunicación

Aniela Stojanowski

Diseño

Jacqueline Schneider

Autora

Liza Zúñiga C. es Cientista Político, por la Pontificia Universidad Católica de Chile. MSc en criminología y justicia criminal por la Universidad de Edimburgo. Estudiante de Doctorado en Ciencias Sociales, Universidad de Chile. Investigadora asociada del Centro de Estudios Justicia y Sociedad de la Pontificia Universidad Católica de Chile, docente en la Escuela de Gendarmería de Chile.



COLABORA.Lat

Hacia un nuevo modelo de
gobernanza post Covid-19

POLICY PAPER #1

LA FALTA DE GOBERNANZA DE LAS POLÍTICAS DE RESPUESTA AL COVID-19 EN CHILE

Liza Zúñiga



COLABORA.Lat

Hacia un nuevo modelo de
gobernanza post Covid-19



Este documento está disponible bajo Licencia Creative Commons Reconocimiento-Compartir Igual 4.0. Usted puede remezclar, retocar y crear a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre y cuando le dé crédito a las autoras y licencie nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. Para ver una copia de esta licencia visite: <https://creativecommons.org/>

Zúñiga Collado, Liza

Falta de gobernanza de las políticas de respuesta al COVID-19 en Chile / Liza Zúñiga Collado. - 1ª ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Asuntos del Sur, 2021. Libro digital, DOC - (Colabora.Lat)

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-47308-3-1

1. Análisis de Políticas. 2. Gobierno Nacional. 3. Chile. I. Título.
CDD 320.983



Colabora.Lat

La pandemia de la covid-19 nos ha puesto frente a un escenario desconocido. Es una crisis que tiene dimensiones sanitarias, económicas, sociales, y también políticas. Además, ha exacerbado las desigualdades y la exclusión de sectores expuestos a situaciones de vulnerabilidad. Es una crisis durante la cual se han generado preocupaciones adicionales, por la posible profundización del descontento político y la consolidación de prácticas autoritarias a través de la expansión de las atribuciones del Poder Ejecutivo y las restricciones de derechos civiles en un escenario post covid-19.

Esta realidad nos ha demostrado que la pandemia es un desafío al que no podemos dar respuestas unilaterales, desde las miradas parciales de un solo gobierno o de una comunidad en particular. Es un desafío global con impactos profundos sobre varias dimensiones de la sociedad, así como impactos diferenciales sobre la diversidad de mujeres y los sectores en situación de mayor vulnerabilidad. Por ende, es un desafío que requiere una solución multidimensional con un enfoque interseccional –solución que aún no tenemos a disposición–.

Es por ello que necesitamos prácticas políticas que promuevan una colaboración orientada a la inteligencia colectiva como forma de buscar soluciones a desafíos públicos, como el de la pandemia. La premisa de la inteligencia colectiva es, justamente, que nadie lo sabe todo pero todo el mundo conoce y sabe algo. Traducir este hecho a la forma en la que se toman decisiones en una sociedad es un desafío significativo y requiere de mecanismos de colaboración que involucren a una multiplicidad de actores. Requiere, específicamente, de una gobernanza colaborativa.

Por este motivo, el proyecto *Colabora.Lat: hacia un nuevo modelo de gobernanza post Covid-19*, tiene por objetivo estudiar y generar recomendaciones sobre los modelos de gobernanza que tienen la mayor capacidad de dar respuesta a las crisis enmarañadas como lo es la pandemia de la covid-19. Con base en la recolección de



COLABORA.Lat

Hacia un nuevo modelo de
gobernanza post Covid-19



datos cuantitativos y cualitativos en varios países de América Latina, buscamos generar información diagnóstica y prospectiva sobre el impacto de la colaboración sobre la factibilidad, la efectividad, y la legitimidad de las respuestas elaboradas para enfrentar los múltiples problemas que han surgido durante la pandemia, sobre todo en comunidades en situaciones de vulnerabilidad.

El proyecto se basa en la convicción de que definir un horizonte de buenas prácticas de gobernanza, inclusión y paridad de género permitirá sentar las bases para un nuevo acuerdo democrático en América Latina a largo plazo.

Antonella Perini, Jennifer Cyr y Matías Bianchi

Colabra.Lat es impulsado por un Consejo de Implementación de universidades y think tanks con experiencia en investigación y anclaje territorial en Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Guatemala y México.

Conformado por:



Financiado por:





LA FALTA DE GOBERNANZA DE LAS POLÍTICAS DE RESPUESTA AL COVID-19 EN CHILE

LIZA ZÚÑIGA C.

Universidad de Santiago de Chile

Resumen

Las pandemias siempre reflotan el necesario nexo político-sanitario que debe existir para que los países se sobrepongan a estos eventos y apoyen a su población. Ese nexo además se sitúa en un contexto social que puede fortalecer o debilitar las acciones para responder efectivamente a una pandemia. El análisis del caso chileno frente al covid-19 revela que, en un contexto social, económico y político ya debilitado por el estallido social de octubre de 2019, el gobierno subestimó la gravedad de la crisis anunciando en la prensa que tendría controlados los contagios en dos meses. Luego, frente a los desafíos socioeconómicos, el gobierno utilizó medidas de coerción, bonificaciones para los grupos más vulnerables económicamente y algunos subsidios. Eso sin tomar en cuenta lo que el estallido social demandaba, es decir, derechos sociales para todos y mayor presencia estatal. Las respuestas del Estado chileno han estado basadas en la misma estructura implementada desde hace cuarenta años: centralizadas, jerárquicas y sin participación. Pero también ha sido exitoso en la competencia por el mercado de las vacunas, área donde precisamente está saliendo victorioso, no así en las medidas preventivas.



Introducción

La experiencia histórica de Chile con las pandemias ha mostrado que la respuesta estatal ha sido efectiva en cuanto a conseguir el control de la enfermedad en el mediano plazo, pero esto no ha estado exento de problemas, develando que siempre puede haber tensión entre la medicina y el contexto social, tensiones que pueden aparecer notoriamente en un escenario de pandemia (López y Beltrán, 2013). Incluso es posible apreciar similitudes entre pandemias con cien años de diferencia, tanto en la respuesta estatal como en la social. Así por ejemplo, la llegada de la gripe española a Chile conllevó el desarrollo de la educación higiénica apoyada por los medios de comunicación, la higienización de espacios públicos y privados, la restricción de ritos sociales como el saludo, la instalación de casas de aislamiento, mostró el recelo de la ciudadanía frente a ciertas medidas, a los líderes municipales que se quejaban por falta de recursos, intentos de algunos por bajar el perfil de la situación e imagen de incapacidad de la autoridad sanitaria (López y Beltrán, 2013). Cuestiones muy similares a las experimentadas actualmente con el covid-19.

Cada pandemia desafía al Estado y a la sociedad de diferentes maneras, y deja al descubierto que el nexo entre política y sanidad es esencial para una respuesta efectiva. Como se desarrollará más adelante, la fortaleza o debilidad de ese vínculo podría determinar finalmente el éxito o fracaso de la respuesta de política pública. Por ejemplo, en el control del cólera en los noventa hubo un círculo virtuoso entre planificación estratégica e intersectorial, la creación de una comisión nacional del cólera, con subcomisiones de trabajo, la instalación de comités multiprofesionales de salud, intervención educativa y talleres de planificación estratégica en cada región, medidas que llevaron a controlar rápidamente la enfermedad (Valenzuela, Salinas, Cárcamo, Cerda y Valdivia, 2010). Por el contrario, cuando el apoyo político se debilita, aumenta el riesgo. Así pareciera estar sucediendo con la tuberculosis, cuyo programa de control muestra debilidades, lo que va de la mano con un aumento de



casos luego de un largo periodo de estancamiento (Fica, Herrera y Aguilera, 2019). Estudios respecto de la tuberculosis señalan que su control requiere un alto compromiso político, apoyo financiero, recursos humanos e infraestructura de laboratorio. Sin esas medidas, se genera aumento de morbilidad y mortalidad. Con esas mismas premisas se debería trabajar para el control y prevención de cualquier enfermedad altamente mortal y contagiosa, es decir, con compromiso político.

El presente documento tiene como objetivo analizar ese nexo político-sanitario frente a la pandemia del covid-19 en Chile. Para ello se analizan dos áreas de la respuesta de política entregada: las medidas sanitarias y las económico-sociales. A través de información primaria y secundaria, principalmente entrevistas, informes de monitoreo, artículos científicos y notas de prensa, se muestra que esta crisis sanitaria puso aún más en evidencia la falta de gobernanza del sistema político chileno, con decisiones altamente centralizadas, sin participación y colaboración amplia, reducida cantidad de actores presentes en la toma de decisiones y con limitado abordaje de los diversos grupos considerados vulnerables.

1. Contexto: la gobernabilidad postdictatorial

Las respuestas de política pública dadas frente a la pandemia del covid-19 en Chile no pueden ser entendidas sin mencionar el contexto institucional de gobernanza y gobernabilidad, marcado por la experiencia del autoritarismo y luego el retorno a la democracia. Los 16 años de dictadura militar dejaron una herencia que ha sido difícil de superar. Estos obstáculos pueden ser entendidos como los denominados “enclaves autoritarios (Garretón, 2003). Estos enclaves tuvieron también un impacto en cómo se desarrolló la política pública postdictadura y cómo se ha entendido la gobernanza y la gobernabilidad. Así, en la etapa de la transición democrática, existía una preocupación por la capacidad de gobernar centrada más en mantener el control y el orden social que en cambiar el sistema de decisión en sí mismo (Bustos, Lukas, Stamm y Torre, 2019, p.165). Lo que predominó en los 90, la década de la transición,



fue un enfoque más tradicional de gobernabilidad, donde el foco es la relación entre gobernantes y gobernados de manera vertical. En esta mirada más tradicional y centrada en las instituciones, la gobernabilidad democrática correspondería a la capacidad de los gobiernos para implementar políticas que aumenten el bienestar político, social y económico, caracterizada principalmente por ser un fenómeno que va desde “arriba hacia abajo” (Mainwaring y Scully, 2008). Ese nivel de centralización en Chile se refleja también en sus políticas públicas, donde prevalece una implementación de tipo *top-down*, es decir, que las políticas bajan desde el ejecutivo, que es el actor más relevante en la definición de la agenda y en el posterior proceso de elaboración y ejecución de las políticas públicas (Boeninger, 1997; Aninat et al., 2011).

Mella y Berríos (2013), por su parte, señalaban que el modelo transicional presente en la redemocratización de los 90 estaba agotado, que había demostrado carecer de flexibilidad y capacidad de adaptación a los nuevos contextos, primando una visión verticalista del poder político, en el cual los consensos se imponen desde arriba, es decir, coincidente con la visión de gobernabilidad que imperaba.

El modelo se repite en el contexto de pandemia: la principal instancia de asesoramiento al gobierno se ha denominado “Mesa Social Covid-19” cuando sólo está compuesta por 4 ministros, dos subsecretarios, dos rectores de universidades de elite, el colegio médico, dos representantes de organismos internacionales y dos de asociaciones municipales (sólo este último actor incluye indirectamente alguna representación regional); la segunda instancia es el Consejo Asesor para Covid-19 fue convocado al inicio de la pandemia para asesorar al gobierno en el manejo de la misma y lo integran salubristas, infectólogos y epidemiólogo; y la tercera, el Consejo asesor científico Vacuna Covid-19 que está compuesto por 8 médicos y un ingeniero, la mayoría de la capital. En definitiva, todas las instancias de coordinación que organizó el Ejecutivo están centradas netamente en expertos en salud y en la capital, sin considerar otras áreas del conocimiento que podrían abordar los efectos sociales de la pandemia, ni perspectivas locales o regionales.



2. Las respuestas de política pública neoliberal: control social y sanitario y protección del mercado

2.1 Respuesta sanitaria

a. Estado de excepción y toque de queda: la “securitización” de la pandemia.

El 3 de marzo se conoció el primer caso confirmado de covid-19 en Chile, dos semanas después, el 18 de marzo y con 238 casos más, el gobierno anunciaba la primera medida de control sanitario: el estado de catástrofe, el cual ha ido renovado su vigencia hasta el 13 de marzo de 2021. Este es uno de los estados de excepción constitucional que tiene el país, que permite: restringir la libertad de movimiento de las personas, declarar toque de queda, utilizar a las Fuerzas Armadas y establecer la designación de jefes de la Defensa Nacional, los cuales asumirán el mando de las Fuerzas de Orden y Seguridad Pública en las zonas respectivas. Según declaraba el gobierno, esta medida sería de “control sanitario” porque permitiría:

1. *Dar mayor seguridad a los hospitales y todos los sitios de atención de salud.*
2. *Proteger la cadena logística y traslado de insumos médicos.*
3. *Facilitar el cuidado y traslado de pacientes y personal médico y la evacuación de personas.*
4. *Resguardar el cumplimiento de las cuarentenas y medidas de aislamiento social.*
5. *Garantizar la cadena de producción y distribución para asegurar el normal abastecimiento de la población.*
6. *Proteger y resguardar las fronteras (Gobierno de Chile, 18 de marzo de 2020).*

Durante los primeros meses de la pandemia la medida fue útil para hacer cumplir la cuarentena y el toque de queda, sobre todo considerando que los datos han mostrado



que una reducción de un 10% en la movilidad reduce aproximadamente la tasa de contagio semanal en un 20% (Olivares et al., 2020d), pero con la fatiga acumulada, el aprendizaje a casi un año de la pandemia, y las medidas de desconfinamiento, pareciera que es una herramienta cada vez menos efectiva y/o necesaria.

Desde el mundo político ha habido críticas a la extensión de este estado, por parecer más una medida de control social que sanitaria (El Mostrador, 3 de diciembre de 2020). Además, suele ser la primera que se anuncia sin especificar otras medidas que apoyen el confinamiento. Por ejemplo, el primer estado de catástrofe se anunció el 18 de marzo y las medidas de apoyo social comenzaron el 31 de marzo con la aprobación de la flexibilización del seguro de cesantía (Senado, 31 de marzo de 2020) y la ley de protección al empleo que permite suspender o flexibilizar la jornada laboral para evitar despidos; dos meses después del primer caso, el 17 de mayo, se anunció el Plan Alimentos para Chile; y cuatro meses después, el plan Paso a Paso para la apertura gradual según la realidad territorial.

La más reciente prórroga del estado de catástrofe fue publicada en el diario oficial el 12 de diciembre y, sólo un mes después, se anuncian modificaciones al Plan Paso a Paso y a las medidas de apoyo económico (ingreso familiar de emergencia y Bono Covid). Es decir, se observa una tendencia a anunciar primero las medidas coercitivas, sin medidas preventivas y de apoyo socioeconómico anunciadas al mismo tiempo.

b. Cuarentena general obligatoria: otro reflejo de las desigualdades

El segundo elemento de la respuesta sanitaria a la pandemia ha sido la utilización de la cuarentena, la cual se definió inicialmente como “dinámica”, es decir, que las comunas o municipios, entraban y salían de ese estado según los indicadores de contagio. Previo a la cuarentena se definió la suspensión de clases el 16 de marzo y la cuarentena comenzó el 25 de ese mes, pero esto sólo fue en 7 comunas de Santiago, del sector económico más acomodado y donde se registraban hasta ese momento la mayor cantidad de casos, mientras para el resto era voluntaria. Si bien



el cierre de los colegios conllevó una marcada disminución de la movilidad, la cuarentena voluntaria tuvo efectos muy heterogéneos.

Una de las formas de observar y medir el efecto de las cuarentenas es la reducción de la movilidad. Al respecto, los análisis realizados por el Instituto Sistemas Complejos de Ingeniería de la Universidad de Chile muestran 3 elementos a considerar:

1. **Efecto dispar de la cuarentena:** tempranamente se demostró que la cuarentena tenía un efecto dispar en la ciudad y que el principal factor que explicaba las diferencias en los patrones de movilidad entre las comunas de la Región Metropolitana era el socioeconómico, es decir, a menor ingreso, menor reducción de la movilidad. Por ejemplo, durante la primera semana, las comunas de mayores ingresos disminuyeron la movilidad en 30% y en la segunda semana en 40%, mientras que en las comunas de menores ingresos la disminución de la movilidad fluctuó entre un 10% y un 20% (Olivares et al., 2020a). Los datos de mayo del 2020 confirman que estos patrones se mantuvieron relativamente estables durante todo el período en que se mantuvieron las cuarentenas focalizadas.
2. **La reducción de la movilidad no aumenta con el paso del tiempo en cuarentena:** el 15 de mayo comienza la cuarentena total en la Región Metropolitana. En esa semana se observa una disminución adicional de la movilidad en todas las comunas, que se manifiesta incluso para las que ya estaban en cuarentena. A pesar de esta baja, en varias comunas la reducción total en la movilidad no superaba el 30-35%. Durante la segunda semana de cuarentena total la movilidad no decreció con respecto a la primera semana: todos los cambios eran más bien pequeños y poco significativos (Olivares et al., 2020b). Durante el primer mes de cuarentena total la disminución de movilidad se mantuvo estable, en un nivel promedio de alrededor de 35%. Es decir, no hubo variaciones importantes en la disminución de las salidas desde los hogares, adicionales a las obtenidas en la primera semana de cuarentena.



Luego de un mes la movilidad no se reducía a los niveles esperados, especialmente en comunas de menores ingresos. Los nuevos contagios siguieron aumentando en algunas comunas y no decreciendo lo suficientemente rápido en otras. En conclusión, el efecto se pierde en el tiempo y sólo permanece mientras son aplicadas esas medidas, manifestándose un aumento de la movilidad en esas comunas una vez que dejaron de aplicarse las medidas más restrictivas. Los análisis indican que, incluso antes del levantamiento parcial de las cuarentenas, la movilidad comenzaba a aumentar (Olivares et al., 2020c).

3. **Los efectos de la cuarentena no son del todo localizados:** cuando las comunas en cuarentena comienzan gradualmente el desconfinamiento, es esperable que aumente su movilidad. Sin embargo, los análisis muestran que, en otras comunas aún en cuarentena, la movilidad también aumenta. Más aún, los patrones de desplazamiento sugieren que las comunas en transición atraen viajes desde comunas que aún están en cuarentena. Los resultados sugieren que el efecto de las cuarentenas no es del todo localizado: tomar acciones en una comuna afecta la movilidad del resto de la ciudad. No obstante, se ha continuado con la lógica de determinar medidas por comunas.

A pesar de esta evidencia, el denominado plan Paso a Paso (que definía el grado de confinamiento en cada municipio) considera sólo indicadores respecto de los niveles de contagio, ignorando otros factores que pueden determinar cuánto en realidad se puede reducir la movilidad en un lugar, como indicadores de hacinamiento, desempleo y presencia de grupos vulnerables.

c. Capacidad hospitalaria: ¿dilema de la última cama?

La primera respuesta que se intentó dar a la pandemia estuvo más centrada en la atención de salud en lugar de la prevención. Teniendo a la vista la experiencia de países europeos, el gobierno se puso como meta evitar el “dilema de la última cama”. Así, se consideraban los ventiladores mecánicos y la disponibilidad de camas críticas



como el recurso esencial para enfrentar la crisis. Por ello, desde un inicio los reportes estadísticos del Ministerio de Salud no entregan sólo cifras de contagios y fallecimiento por covid-19, sino también la cantidad de camas críticas disponibles.

El proceso no estuvo exento de polémicas, dadas por el exceso de confianza del ejecutivo. Ejemplo de ello es que el presidente, en una entrevista realizada el 29 de marzo señaló al respecto que: “si usted hoy quiere comprar un respirador no existe en ninguna parte. Chile los compró con anticipación [...] Chile los va a tener porque los encargamos en el mes de enero”. No obstante, investigaciones periodísticas hallaron que solo en el mes de marzo se realizó una compra de 872 ventiladores (Solís y Alarcón, 31 de marzo de 2020). Esto fue realizado a través de un fondo extrapresupuestario de emergencia por un monto total aproximado de USD \$15 millones, un precio mucho mayor al que se habían comprado en ocasiones anteriores. Ha sido un mercado casi monopolístico, donde el Estado de Chile ha tenido tratos comerciales con sólo 3 proveedores, uno de los cuales se lleva el 92% del monto pagado por el Estado. Pero, al tratarse de una situación de emergencia, el sistema de compras públicas permite a los organismos del Estado prescindir de licitaciones públicas y acogerse a procesos de licitación privada y trato directo. Así, en medio de la pandemia, estos últimos mecanismos han sido mayoritariamente las vías utilizadas por el Ministerio de Salud para la adquisición masiva de ventiladores mecánicos y otros insumos críticos (Arellano, A. 20 de marzo de 2020).

De todas formas, el sistema de salud se vio fuertemente presionado, especialmente en los meses de mayo y junio, debiendo realizarse traslados de pacientes entre regiones, especialmente desde la Región Metropolitana a otras del país, cuestión que se repite en enero de 2021, pero esta vez los traslados son desde regiones hacia la capital, en búsqueda de camas críticas. Las derivaciones de pacientes fueron una instrucción del Ministerio de Salud para que las Unidades de Cuidados Intensivos reubiquen pacientes antes de llegar a una ocupación mayor de 85% de su capacidad instalada de ventiladores mecánicos (Ministerio de Salud, 19 de mayo de 2020). Si bien no se dio a conocer ningún caso donde los equipos médicos tuvieran que decidir entre la



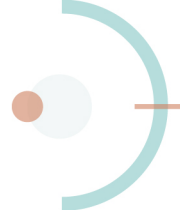
vida de un paciente o de otro por falta de camas, sí hubo un número no determinado de casos de fallecimientos sin atención médica, algunos por falta de seguimiento y otros esperando el resultado de su examen PCR (Sepúlveda y Miranda, 11 de abril de 2020 y AgenciaUno, 1 de junio de 2020).

“El dilema de la última cama se expresa de maneras distintas, o sea, mucha gente se muere en su casa. Acá hemos tenido el dilema de la desigualdad, que se expresa en la última cama, porque la última cama al final, es el que llegó al hospital. El dilema de la última cama siento que ha sido construido casi como el dilema político de la última cama. Es ficticio el que no tuvimos el dilema de la última cama, es un check mark internacional. Al gobierno le interesa que no lo evalúen internacionalmente mal”

(Gonzalo Bacigalupe, experto en salud pública, entrevista personal, 23 de noviembre de 2020).

d. Testeo-Trazabilidad-Aislamiento

Debido a que el énfasis estuvo puesto en la capacidad hospitalaria, la política de detección de casos y aislamiento demoró en desarrollarse y afianzarse. En Chile, la trazabilidad estuvo inicialmente a cargo de las Secretarías Regionales Ministeriales (conocidas como SEREMI, representantes regionales del Ministerio de Salud). Sin embargo, desde el informe epidemiológico del 15 de abril, se dejaron de reportar indicadores de trazabilidad por meses. Hacia fines de mayo una comunicación interna del Comité Operativo de Emergencia (COE) reporta que el equipo del centro de contacto encargado de la trazabilidad se encuentra superado por el aumento de contagios diarios y no logra comunicarse con todos los infectados y sus contactos. Una semana después, el 3 de junio, el ministro de Salud informa que se encargará a los Centros de Atención Primaria de Salud (APS) el seguimiento de casos activos y



contactos, marcando un giro hacia lo local en la estrategia para la trazabilidad. Así, recién en julio se publica el protocolo de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento (TTA) a aplicar (Ministerio de Salud, 2020). Esta tardanza estuvo nuevamente radicada en el excesivo centralismo de las políticas públicas y la falta de colaboración con otros actores, pues ya desde mediados de abril los alcaldes (un grupo de 58) enviaron una comunicación al Ministro de Salud pidiendo colaborar con el seguimiento y trazabilidad de los contagios. La respuesta del ministro fue negativa, bajo el argumento de resguardar la confidencialidad de los datos de los pacientes, pese a que existen mecanismos como el consentimiento informado. Paradojas de un estado de emergencia donde se pueden restringir las libertades ciudadanas, pero no obligar la entrega de información con fines sanitarios.

Desde el inicio de la estrategia TTA los centros de salud locales recalcaron la falta de recursos para aplicarla correctamente, por lo que el Ministerio de Salud ha debido transferir recursos para contratación de personal y para insumos médicos. Sin embargo, para octubre de 2020 un 57% de los centros seguía señalando que los recursos humanos eran insuficientes para la correcta implementación de la estrategia. En el lado positivo, se han alcanzado altos niveles de testeo activo y aplicación de test PCR. Un aspecto difícil de lograr ha sido la trazabilidad de los contactos estrechos, pues el 52% de los centros refiere que los contacta sólo una vez que recibe el resultado del examen PCR y, al mismo tiempo, un 47% refiere que el resultado de la PCR tiene una latencia superior a 48 horas. Esto significa una pérdida importante de la ventana de oportunidad de la trazabilidad. Esto va de la mano con que sólo el 42% de los centros reporta que puede aislar efectivamente a todas las personas que lo requieran en un plazo menor a 24 horas (Colegio Médico et al, 23 de octubre de 2020).

e. Vacunación: valoración de la salud pública de acceso universal.

La más reciente medida sanitaria, y la que se ha valorado positivamente de forma transversal, ha sido la adquisición de vacunas. El proceso lo ha desarrollado un



comité, liderado por el Ministerio de Ciencias y el Ministerio de Relaciones Exteriores desde mayo de 2020, cuando se comenzó a negociar la adquisición de vacunas. Entre ambos ministerios lideran la “Estrategia Nacional de Vacunas COVID-19”, a la que se suma un consejo asesor científico y un consorcio de ensayos clínicos. Apenas se dio la autorización para la vacuna, se comenzó el proceso de inoculación en diciembre, pero no fue sino hasta febrero de 2021 que se pudo comenzar con la vacunación masiva ante la llegada de CoronaVac, cuyo traslado y mantenimiento es más simple que otras vacunas, aunque no exento de problemas: rechazo o desconfianza de parte de la población por un vacuna de origen chino y poca coordinación inicial con los municipios, que se enteraron por la prensa de que se les iba a solicitar su despliegue para la vacunación (La Voz de los que Sobran 28 de enero de 2021, El Mostrador 29 de enero de 2021). Esto último se solucionó rápidamente cuando pudieron concordar con los municipios un calendario de vacunación que se ha iniciado con éxito.

Un elemento notable de este proceso es que la autoridad explicitó que los extranjeros accederían a la vacunación en las mismas condiciones que los nacionales, pudiendo usar pasaporte si no contaban con documento nacional de identidad. La población migrante sólo había sido objeto de atención cuando muchos de ellos se instalaron afuera de las embajadas solicitando volver a sus países, pero en general ha sido un grupo ausente en el discurso y con limitado en acceso a beneficios sociales. A juicio del director del Servicio Jesuita a Migrantes, José Tomás Vicuña, *“tanto en la ayuda como en la comunicación creo que estuvo débil con la población migrante”*. En general todos los grupos vulnerables, migrantes, niñas y niños, privados de libertad y mujeres, no tuvieron una mención especial en las medidas adoptadas durante el 2020 (Observatorio Ciudadano, 2020), pero sí aparecieron algunos en el proceso de vacunación, como el caso de los migrantes y los niños y niñas en centros de Servicio Nacional de Menores (SENAME) que ya fueron vacunados. Este proceso ha conllevado el reconocimiento del valor de la salud pública, pues de todas las respuestas entregadas, esta ha sido la única de acceso realmente universal y gratuito, y en que no se ha discriminado por nacionalidad ni nivel de ingreso.



2.2 Respuesta socio-económica y grupos vulnerables

La respuesta de política pública en el ámbito económico y social era la que podría haber abordado de mejor manera a los grupos vulnerables. Sin embargo, los criterios de focalización tradicionales fueron los que imperaron, es decir, que la entrega de recursos iba dirigida principalmente a hogares considerados vulnerables según su registro social de hogares (RSH). Este es un sistema que reúne información sobre ingresos de la familia, número de integrantes y sus características (principalmente discapacidad o dependencia) y característica de la vivienda, es decir, se refiere básicamente a pobreza económica, no considerando otras dimensiones. Es, además, un registro que tiene problemas con la actualización de la información y otros cuestionamientos metodológicos (Gutiérrez, 2020; Fossa y Ortiz, 2020).

Se podría argumentar que, frente a la emergencia, no hubo tiempo de mejorar los indicadores y registros de los grupos que se consideran como vulnerables, pero la paradoja es que el mismo gobierno había identificado en el 2018 a los grupos vulnerables mediante un “Mapa de la Vulnerabilidad”, en él se identificaban 16 grupos vulnerables, a saber:

1. Personas que viven en viviendas que no tienen servicios básicos.
2. Mujeres que han sido víctimas de violencia intrafamiliar y que no tienen ingresos propios.
3. Personas que viven en campamentos o situación de hacinamiento alto o crítico.
4. Niños, niñas y adolescentes que viven en residencias bajo la protección del Servicio Nacional de Menores.
5. Adultos y personas mayores con discapacidades, dependencia, que viven solos o institucionalizados y que pertenecen al 40% más pobre de la población.
6. Niños, niñas y adolescentes entre 5 y 18 años que no asisten a ningún establecimiento educacional.



7. Personas con consumo problemático de alcohol o drogas.
8. Personas en condición de calle.
9. Personas en lista de espera con garantías de oportunidad y seguridad vencida en programa auge o GES.
10. Personas en hogares donde uno de sus integrantes o más declara haber presenciado continuamente en el último mes tráfico de drogas, balaceras y violencias.
11. Personas mayores de 18 años que están sin empleo y buscando trabajo por más de 3 meses y que no cuentan con ninguna fuente de ingreso y que pertenecen al 40% más pobre de la población.
12. Familias en que uno o más de sus integrantes presenta dependencia, moderada o severa, que no lo permite ser autovalente y que pertenece al 40% más pobre.
13. Persona mayor 18 años que no se encuentran estudiando y que no ha completado los 12 años de escolaridad.
14. Personas que pertenecen a pueblos originarios y pertenecen al 40% más pobre.
15. Personas que están privadas de libertad o en el sistema penitenciario sin acceso a programas de rehabilitación, educación o capacitación.
16. Localidades fuera de la sociedad del conocimiento de la información porque no son parte de una red que les permita estar conectados a través del internet y técnicas modernas.

En este listado se aprecia una mirada mucho más cercana al concepto de pobreza multidimensional, pero ésta no se llegó a reflejar en las medidas de apoyo económico entregadas en la pandemia. Los mecanismos de apoyo activados se basaron en los registros tradicionales, como el citado RSH, sin evidencia de apoyos específicos para la mayoría de los grupos del listado citado. Estos mecanismos fueron principalmente



los ya tradicionales bonos para las familias de más bajos ingresos (aprox. US\$ 130 por una sola vez) y el Ingreso Familiar de Emergencia (IFE), ayuda económica asignada en función del número de integrantes y grado de vulnerabilidad de la familia (por 6 meses). Todas estas medidas fueron pensadas para períodos acotados de tiempo, por lo cual han debido renovarse y modificarse, considerando el avance de los contagios, así como las señales de reactivación (o no) de la economía. Sólo hubo un caso donde la demanda de un grupo específico logró apoyo político y, por ende, modificación legal favorable: el posnatal de emergencia, es decir, la extensión de la licencia post natal en período de emergencia sanitaria.

El resto de las medidas estuvieron más bien dirigidas a contener el impacto en el desempleo. En un contexto caracterizado por un débil sistema de protección al empleo, el gobierno debió apresurarse en aprobar una ley de protección al empleo que permitía suspender el contrato laboral en lugar de despedir, reducir la jornada laboral por un período determinado y la prohibición de despidos invocando la pandemia como causal.

Las cifras muestran que, si bien la variación mensual de solicitudes por ley de protección al empleo ha ido disminuyendo, no dejan de existir miles de peticiones todos los meses (ver Anexo), señal de que la economía se recupera más lento de lo que se esperaba y de que la renovación de los beneficios ha sido acertada. Luego se sumaron otros beneficios, como subsidios al empleo (que consideraban montos mayores para contratación de jóvenes y mujeres) y créditos blandos para empresas y negocios de diversos tamaños.

La única medida de acceso realmente universal fue la más resentida por el gobierno, aunque finalmente aprobada: la autorización del retiro de hasta el 10% de los fondos de pensión. Esta era una medida que ya venía siendo discutida en años anteriores, especialmente en el seno del movimiento NO+AFP, que gozaba de gran popularidad y que en el contexto de pandemia encontró apoyo transversal en el Congreso, a pesar del rechazo del gobierno. Al respecto, en su momento, la ministra del Trabajo señaló



que esperaba no ver imágenes de gente saliendo de tiendas con televisores comprados con el retiro del 10% (CNN, 6 de agosto de 2020), mostrando el prejuicio de que las personas no ocuparían el dinero para necesidades básicas. Sin embargo, la experiencia de otras organizaciones que debieron realizar transferencias de recursos para ayudar a grupos específicos demostró lo contrario:

“las personas pueden recibir transferencias monetarias y comprar lo que dicen que van a comprar, porque después pedimos registro, hicimos transferencias monetarias para subsidios de alimentos, subsidios de arriendo y también para niñas y niños lactantes, pañales, colados, toda esa situación, y teniendo oficina en 3 lugares, llegamos a 10 regiones, 70 comunas porque creo que ahí también faltó un trabajo articulado porque la sociedad civil es capaz de llegar donde el Estado no llega”

*(José Tomás Vicuña, Director Servicio Jesuita a Migrantes,
entrevista personal, 20 de noviembre de 2020)*

No se tomó en cuenta a las organizaciones sociales para disponer de más apoyo y, quizás, innovar en las soluciones. Como se evidencia en las citas más abajo, un ejemplo claro de ello fue la entrega de cajas de mercadería directo a los hogares, que como política es muy cara e ineficiente, implica una gran logística y sigue actuando desde la lógica de la beneficencia, no considerando a los ciudadanos como sujetos activos de la política pública, que apunta nuevamente al individuo y no a las organizaciones, que en ese momento ya estaban movilizadas en torno a las ollas comunes.

“La municipalidad paró un poco esa semana (durante la entrega de cajas de mercadería), porque todos los funcionarios tuvimos que dedicarnos a entregar cajas. Eran tantas las cajas y tanta la demanda de que llegaran lo antes posible, que todos los departamentos y unidades municipales tuvieron que abocarse a

eso. Si bien fue un apoyo del gobierno central, fue una recarga aún más para los municipios”.

*(Funcionario municipal de Renca,
entrevista grupal 3 de diciembre de 2020)*

“Chile tiene una capacidad para responder a los desastres muy grande y esa capacidad no se ha utilizado en esta vuelta. Entonces la gobernanza del desastre que teníamos ha sido invisibilizada. Un caso claro es la repartición de las cajas, que generó muchos contagios, muchos problemas, que fue carísimo, que fue muy inefectiva. Debería haberse apoyado a las organizaciones solidarias. Debería haberse canalizado recursos a las familias más vulnerables, a los inmigrantes, abonar dinero en las cuentas rut. Cuesta el triple repartir las cajas”.

(Gonzalo Bacigalupe, experto en salud pública, entrevista personal, 23 de noviembre de 2020).

“Falta validar las acciones colectivas, no llegar a aportes individualizados que hacen que la gente se empiece a pelear entre sí”.

(Natalia Brauchy, Fundación Junto al Barrio, entrevista personal, 20 de noviembre de 2020).

Las medidas de apoyo social y económico respondían a la lógica de la focalización de las políticas públicas. Sin embargo, con las crecientes demandas de derechos sociales, y considerando que los efectos económicos no sólo afectaban a los más pobres, esas medidas se mostraron insuficientes, ineficientes y generadoras de competencias en lugar de cooperación.



Conclusiones

En la respuesta a la pandemia en Chile ha habido un nexo político sanitario, pero carente de gobernanza colaborativa. Existen tres razones para afirmarlo.

En primer lugar, porque las medidas siempre han estado pensadas para el control de la enfermedad y no de la prevención. Como se mostró, las medidas sanitarias estuvieron enfocadas primero en la disponibilidad de ventiladores y de camas críticas, es decir, en atender a los enfermos en estado grave, no en prevenir los contagios. Las denominadas cuarentenas dinámicas, la nula restricción de la frontera aérea, la apertura gradual del comercio (pero no de las escuelas u otros espacios públicos) y los permisos de vacaciones sólo restringidos para comunas en cuarentena total, indican un énfasis en sostener la economía por sobre el control de los contagios, confiando además en que la estrategia de vacunación tendría resultados.

En segundo lugar, el nexo político-sanitario se ha dado sólo entre las elites, sin participación social. En ninguna de las medidas descritas aparecen los actores, porque simplemente hubo muy pocos y poco representativos de la diversidad del país. Las tres instancias de coordinación (Mesa Social Covid-19, el Consejo Asesor de Vacunación y el Consejo Asesor Covid-19) están compuestas casi exclusivamente por médicos de la capital, ninguna organización territorial, ni de grupos vulnerables, ni representatividad regional. Para el plan de vacunación, el esquema es el mismo: un comité asesor estrictamente científico, sin considerar las variantes comunicacionales y educativas necesarias en un proceso masivo de inoculación. Ninguna medida adoptada se ha hecho de forma participativa, colaborativa y de consenso, siempre impuestas desde el nivel central. Si bien el centralismo territorial y temático no es nuevo, se agudiza con un gobierno particularmente impenetrable y poco dado a la colaboración.



En tercer lugar, sin foco en grupos vulnerables. Las medidas sanitarias se han aplicado para toda la población aun cuando, por ejemplo, las cuarentenas tienen efectos diferenciados en los territorios como se ha demostrado. La única distinción para grupos vulnerables han sido permisos especiales de desplazamiento en cuarentena total para personas del espectro autista u otra discapacidad mental y permisos para padres con hijos/hijas hospitalizados o que residen en centros de SENAME. Las medidas de apoyo económico por su parte, han estado enfocadas en la pobreza económica, cuya forma de medirse no se ha actualizado y además hay problemas con la actualización de la información, lo que puede dejar fuera de los beneficios a familias que lo requieren y a una gran clase trabajadora que no califica como pobre, pero que ha visto disminuidos sus ingresos, por ello fue tan popular el retiro universal del 10% de los fondos de pensión. Frente a la demanda de abandonar la lógica del Estado subsidiario, no se ha sido capaz de innovar y el Estado ha continuado respondiendo como lo ha hecho durante los últimos 40 años: desde arriba hacia abajo, apuntando al individuo y no fortaleciendo el tejido social.

A un año de conocido el primer caso confirmado de covid-19 en Chile se observará ahora (en nuevo punto alto de contagios) si se mantiene la tolerancia y respeto a las medidas restrictivas de desplazamiento cuando se requieren, en un contexto de fatiga y de estancamiento en las medidas de apoyo económico, las cuales probablemente no variarán en su formato, contenido y focalización.



Referencias

AgenciaUno (1 de junio de 2020). "Ciudadano venezolano falleció esperando resultado del examen PCR". *Publímetro*, recuperado de:

<https://www.publímetro.cl/cl/noticias/2020/06/01/ciudadano-venezolano-fallecio-esperando-resultado-del-examen-pcr.html>

Aninat, C., Londregan, J., Navia P. y Vial, J. (2011). «Juego político cooperativo. Instituciones, procesos políticos, y características de las políticas públicas en Chile». En Scartascini, C. et al. (comps.). *El juego político en América Latina: ¿Cómo se deciden las políticas públicas?* Colombia: Planeta, pp. 161–206.

Arellano, A. (20 de marzo de 2020). "Minsal paga \$12.568 millones por ventiladores mecánicos y gobierno acusa manipulación de precios". *CIPER*, recuperado de: <https://www.ciperchile.cl/2020/03/20/minsal-paga-12-568-millones-por-ventiladores-mecanicos-y-gobierno-acusa-manipulacion-de->

Arenas, M., Gutiérrez, C., Luna, J.P, Barceló, P., Reutter, J., Ugarte, M., y Undurraga, E. (1 de mayo de 2020). "Instituto Milenio Fundamentos de los Datos congela participación en la Mesa de Datos del Covid-19", *CIPER*, recuperado de: <https://www.ciperchile.cl/2020/05/01/instituto-milenio-fundamentos-de-los-datos-congela-participacion-en-la-mesa-de-datos-del-covid-19/>

Boeninger, E. (1997). *Democracia en Chile: Lecciones para la gobernabilidad*. Santiago de

Chile: Andrés Bello.



Bustos, B.; Lukas, M.; Stamm, C; y Torre, A. (2019). "Neoliberalismo y gobernanza territorial: propuestas y reflexiones a partir del caso de Chile". *Revista de Geografía Norte Grande*, 73: 161-183.

CNN Chile (6 de agosto de 2020). Ministra Zaldívar explica frase sobre compra de plasmas: "Puede haber sido muy desafortunado mi ejemplo". Recuperado de: https://www.cnnchile.com/economia/ministra-zaldivar-compra-plasmas-desafortunado-ejemplo_20200806/

Colegio Médico (COLMED) et al. (23 de octubre de 2020). *Monitoreo de estrategia de testeo-trazabilidad-aislamiento en la APS*. Recuperado de: <http://www.saludpublica.uchile.cl/noticias/170116/sexta-monitoreo-a-estrategia-para-el-control-de-la-pandemia>

El Mostrador (19 de julio de 2020). "Ministro Briones parapetado en su rechazo al retiro de fondos de las AFP: "Es una mala política pública que tendrá costos que cabe sopesar con responsabilidad". Recuperado de: <https://www.elmostrador.cl/mercados/2020/07/19/ministro-briones-parapetado-en-su-rechazo-al-retiro-de-fondos-de-las-afp-es-una-mala-politica-publica-que-tendra-costos-que-cabe-sopesar-con-responsabilidad/>

El Mostrador (3 de diciembre de 2020). "Chile cumplirá casi un año bajo Estado de Catástrofe: las dudas y críticas que generó el anuncio del Presidente Piñera". Recuperado de: <https://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2020/12/03/chile-cumplira-casi-un-ano-bajo-estado-de-catastrofe-las-dudas-y-criticas-que-genero-el-anuncio-del-presidente-pinera/>

El Mostrador (29 de enero de 2021). "Plan Nacional de Vacunas: alcaldes piden al Minsal que entregue información clave para organizar el proceso en las comunas". Recuperado de: <https://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2021/01/29/plan-nacional-de->



[vacunas-alcaldes-piden-al-minsal-que-entregue-informacion-clave-para-organizar-el-proceso-en-las-comunas/](#)

Fica, A. Herrera T, y Aguilera, X. (2019). "El deterioro de la tuberculosis en Chile", *Revista Médica de Chile*, 147: 1042-1052.

Fossa, L. y Ortiz, D. (17 de junio de 2020). "Desarrollo Social eleva artificialmente ingresos de familias pobres dejándolas sin Ingreso de Emergencia". *Interferencia*, recuperado de: <https://interferencia.cl/articulos/desarrollo-social-eleva-artificialmente-ingresos-de-familias-pobres-dejandolas-sin-ingreso>

Garretón, M. A. (2003). *Incomplete Democracy*. Chapel Hill: University of North Carolina Press, 2003.

Gobierno de Chile (18 de marzo de 2020). "Presidente declara Estado de Excepción Constitucional de Catástrofe en todo el territorio nacional". Recuperado de: <https://www.gob.cl/noticias/presidente-declara-estado-de-excepcion-constitucional-de-catastrofe-en-todo-el-territorio-nacional/#:~:text=El%20Estado%20de%20Cat%C3%A1strofe%20permite,p recaver%20el%20da%C3%B1o%20o%20peligro>

Gutiérrez, P. (3 de julio de 2020). "Los graves problemas metodológicos y prácticos en el Ingreso Familiar de Emergencia". CIPER, recuperado de: <https://www.ciperchile.cl/2020/07/03/los-graves-problemas-metodologicos-y-practicos-en-el-ingreso-familiar-de-emergencia/>

La Voz de los que sobran (28 de enero de 2021). "Claudia Pizarro, alcaldesa de La Pintana: "Me acabo de enterar, por la prensa, del calendario de vacunación". Disponible en: <https://lavozdelosquesobran.cl/claudia-pizarro-alcaldesa-de-la-pintana-me-acabo-de-enterar-por-la-prensa-del-calendario-de-vacunacion/>



- López, M y Beltrán, M. (2013). "Chile entre pandemias: la influenza de 1918, globalización y la nueva medicina". *Revista Chilena de Infectología*, 30(2): 206-215.
- Mainwaring S., Scully, T. (2008), "América Latina: ocho lecciones de gobernabilidad", *Journal of Democracy*, National Endowment for Democracy and The Johns Hopkins University Press, Vol. 19, No. 3, pp. 113-127
- Mella, M. y Berríos, C. (2013). "Gobernabilidad, democratización y conflictividad social en Chile: escenarios posibles para un nuevo equilibrio", *Polis Revista Latinoamericana*, 12(35), pp.429-458.
- Ministerio de Salud (19 de mayo de 2020). "Minsal realiza traslado de pacientes COVID-19 desde Santiago a Concepción". Recuperado de: <https://www.minsal.cl/minsal-realiza-traslado-de-pacientes-covid-19-desde-santiago-a-concepcion/>
- Ministerio de Salud (2020). Protocolo de coordinación para acciones de vigilancia Epidemiológica durante la pandemia COVID-19 en Chile: Estrategia nacional de testeo, trazabilidad y aislamiento. Recuperado de: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/Estrategia-Testeo-Trazabilidad-y-Aislamiento.pdf>
- Observatorio Ciudadano (2020). *Informe sobre la situación de los derechos humanos en Chile en el contexto de pandemia COVID-19*. Observatorio Ciudadano, coordinador, Santiago.
- Olivares, M., Goic, M., Weintraub G., Covarrubia, J., Escobedo, C. (2020a) "El dispar impacto de las cuarentenas en las comunas de la Región Metropolitana", Instituto sistemas complejos de ingeniería. Reporte de movilidad 1, 28 de mayo de 2020. Recuperado de: <https://covidanalytics.isci.cl/movilidad/reportes/>



Olivares, M., Goic, M., Weintraub G., Covarrubia, J., Escobedo, C. (2020b) "El impacto de las dos primeras semanas de cuarentena masiva en la Región Metropolitana", Instituto sistemas complejos de ingeniería, *Reporte de movilidad n°3*, 11 de junio de 2020. Recuperado de: <https://covidanalytics.isci.cl/movilidad/reportes/>

Olivares, M. Goic, M, Weintraub G, Covarrubia j, Escobedo C. (2020c) "El impacto del primer mes de cuarentena masiva en la Región Metropolitana", Instituto sistemas complejos de ingeniería, *Reporte de movilidad n°4*, 20 de junio de 2020.

Olivares, M. Goic, M, Weintraub G, Carranza, A., Covarrubia, J, Escobedo, C. Y Basso, L. (2020d). "Movilidad y Contagios del COVID-19: Aprendizajes de los últimos meses y una mirada hacia adelante". Instituto sistemas complejos de ingeniería, *Reporte de movilidad RM N°5*, 27 de julio de 2020.

PNUD (2011). Los conflictos sociales en América Latina. Bolivia, PNUD, Fundación UNIR.

Segovia, C. y Gamboa, R. (2012) "Chile: el año en que salimos a la calle", *Revista de Ciencia Política*, 32(1), pp.65-85.

Senado (31 de marzo de 2020). Flexibilización del seguro de cesantía por emergencia del COVID-19 ya es ley. Recuperado de: <https://www.senado.cl/flexibilizacion-del-seguro-de-cesantia-por-emergencia-del-covid-19-ya-es/senado/2020-03-31/143915.html>

Sepúlveda, N, y Miranda, B. (11 de abril de 2020). "Víctima más joven del coronavirus: en la muerte de Fabiola Machuca fallaron todos los protocolos". CIPER, recuperado de: <https://www.ciperchile.cl/2020/04/11/victima-mas-joven-del-coronavirus-en-la-muerte-de-fabiola-machuca-fallaron-todos-los-protocolos/>



Solís, C. y Alarcón, M. (31 de marzo de 2020). "Piñera aseguró que Chile se adelantó al mundo y compró ventiladores mecánicos en enero, pero el Minsal registra la adquisición solo de uno durante ese mes". *Interferencia*, recuperado de: <https://interferencia.cl/articulos/pinera-aseguro-que-chile-se-adelanto-al-mundo-y-compro-ventiladores-mecanicos-en-enero>

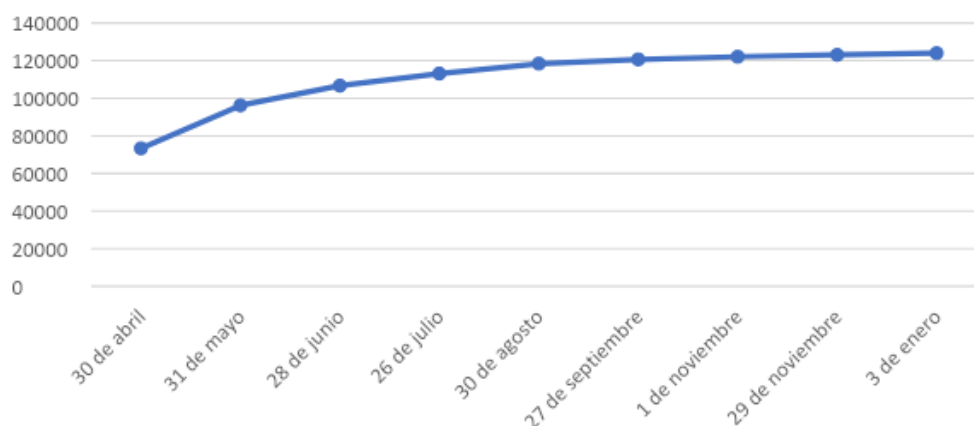
Valenzuela, M. , Salinas, H., Cárcamo, M., Cerda, J. y Valdivia, G. (2010). "Estrategias para el enfrentamiento del cólera. La experiencia chilena desde una perspectiva de salud pública", *Revista Chilena de Infectología*, 27(5); 407-410.



ANEXO: las cifras de la ley de protección al empleo.

Gráfico 1

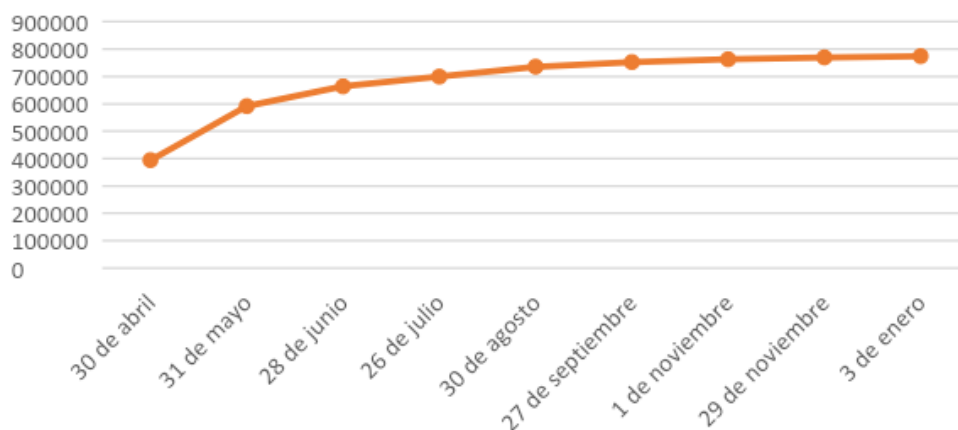
Número total de empresas con solicitudes ingresadas por Ley de protección al empleo



Fuente: elaboración propia con datos de las fichas estadísticas semanales publicadas por la Superintendencia de Pensiones disponibles en: <https://www.spensiones.cl/portal/institucional/594/w3-propertyvalue-10283.html>

Gráfico 2

Número total de trabajadores con solicitudes de suspensión laboral ingresadas y aprobadas



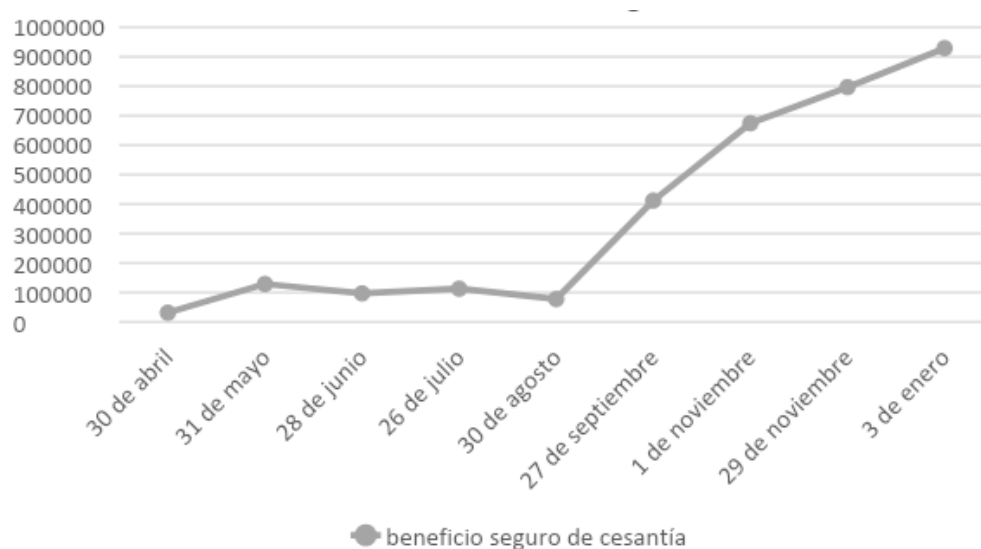
● n total de trabajadores son solicitudes ingresadas y aprobadas

Fuente: elaboración propia con datos de las fichas estadísticas semanales publicadas por la Superintendencia de Pensiones disponibles en: <https://www.spensiones.cl/portal/institucional/594/w3-propertyvalue-10283.html>



Gráfico 3

Número de beneficiarios de seguro de cesantía



Fuente: elaboración propia con datos de las fichas estadísticas semanales publicadas por la Superintendencia de Pensiones disponibles en: <https://www.spensiones.cl/portal/institucional/594/w3-propertyvalue-10283.html>.

Nota: El 4 de septiembre se aprueba ley que flexibiliza y mejora beneficios del seguro de cesantía y mejora beneficios de suspensión de contrato, por ello aumenta notoriamente la cantidad de beneficiarios.



ISBN 978-987-47308-3-1



9 789874 730831

